



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Datos personales

Nombre completo: _____
Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre

Identificación: _____
 Cédula N° de identificación
 Residencia
 Pasaporte

Nacionalidad:
 Costarricense
 Otra. Cual: _____

Sexo: _____ Fecha nacimiento: _____
 Hombre
 Mujer

Teléfonos: _____
Habitación Móvil Oficina

Correo electrónico: _____

Lugar de residencia:

Provincia: _____ Cantón: _____
Distrito: _____

Otras señas:



Datos académicos. *Iniciar con el más reciente. Anotar todos los títulos obtenidos*

Grado Académico	Área de estudio	Universidad	Año

Datos laborales.

Actualmente su condición laboral es:

- Activo No ejerce
 Jubilado(a) Otra.

Especifique: _____

Tipo de institución donde labora. (*Puede seleccionar más de una opción.*)

- Ministerio de Educación Pública
 Primaria Secundaria Otra
 Centro de enseñanza privado
 Primaria Secundaria
 Ministerio de Justicia
 Universidad
 Instituto Nacional de Aprendizaje
 Organización No Gubernamental
 Práctica privada
 Otra. Especifique: _____

Nombre de la institución: _____

Dirección del lugar de trabajo:

Provincia: _____ Cantón: _____

Distrito: _____

Persona Contacto. *En caso de no poder localizarle*

Nombre: _____

Teléfono 1: _____

Teléfono 2: _____

Firma

Fecha



FORMULARIO PÓLIZA DE VIDA
(Monto: ₡3.000.000)

Nombre del colegiado(a): _____

N° Identificación: _____

Persona Beneficiaria 1: _____ %
participación

Primer apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo nombre
-----------------	------------------	---------------	----------------

Parentesco: () Cónyuge () Hijo/a () Madre () Padre
() Hermano/a () Patrono () Otro _____

N° de Identificación: _____

Persona Beneficiaria 2: _____ %
participación

Primer apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo nombre
-----------------	------------------	---------------	----------------

Parentesco: () Cónyuge () Hijo/a () Madre () Padre
() Hermano/a () Patrono () Otro _____

N° de Identificación: _____

Persona Beneficiaria 3: _____ %
participación

Primer apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo nombre
-----------------	------------------	---------------	----------------

Parentesco: () Cónyuge () Hijo/a () Madre () Padre
() Hermano/a () Patrono () Otro _____

N° de Identificación: _____

Firma

Fecha

*Enviar al fax: 2280-5355